OPHTHALMOLOGICAL SOCIETY LIBRARY

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 184.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 24 *août* 1865,

PAR ÉMILE JULES DUPONT

né à Fontenay-Trésigny (Seine-et-Marne),

Interne provisoire des hôpitaux et hospices civils de Paris.

DES

TUMEURS DE L'ORBITE FORMÉES PAR DU SANG

EN COMMUNICATION AVEC LA CIRCULATION VEINEUSE INTRA-CRANIENNE

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

(SUCCESSEUR DE M. RIGNOUX.)

31, rue Monsieur-le-Prince, 31.

1865

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen, M. TARDIEU.

Professeurs.	MM.
Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Pathologie médicale	BEHIER. MONNERET.
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS. GOSSELIN.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Clinique médicale	BOUILLAUD. PIORRY. GRISOLLE. N. GUILLOT.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Doyen hon. M. le Baron PAUL DUBOIS. — *Prof. hon.*, MM. CLOQUET et ROSTAN.

Agrégés en exercice.

MM. AXENFELD.	MM. DOLBEAU.	MM. HOUEL.	MM. POTAIN.
BLOT.	DUCHAUSSOY.	LABOULBÈNE.	SEE.
CHARCOT.	EMPIS.	LIÉGEOIS.	TARNIER.
CHAUFFARD.	FANO.	LORAIN.	TRÉLAT.
DE SEYNES.	FOUCHER.	LUTZ.	VULPIAN.
DESPLATS.	GUILLEMIN.	PARROT.	
	HÉRARD.		

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. HARDY.
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	LASÈGUE.
— d'ophthalmologie	FOLLIN.
— des maladies des voies urinaires	VOILLEMIER.

Chef des travaux anatomiques, M. SAPPEY, agrégé hors cadre.

Examinateurs de la thèse.

MM. NELATON, *président;* DENONVILLIERS, DUCHAUSSOY, GUILLEMIN.

M. FORGET, *Secrétaire.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

1847649

A MON PÈRE

A MA SOEUR

A MON FRÈRE

LE Dr ÉMILE DUPONT

A MA FAMILLE

A M. LE PROFESSEUR NÉLATON

Cher maître, vous qui m'avez sauvé la vie, daignez recevoir l'assurance de mon éternelle reconnaissance.

A M. LE Dr A. RICHARD

Veuillez agréer mes sentiments de profonde gratitude pour les bons soins que vous m'avez prodigués, et la bienveillance que vous n'avez cessé de me témoigner.

A M. LE PROFESSEUR GRISOLLE

A M. LE PROFESSEUR MONNERET

Je n'oublierai jamais l'intérêt que vous m'avez témoigné et les bons conseils dont vous m'avez honoré.

A MON AMI

LE Dr PÉAN

Chirurgien des hôpitaux.

Je prie MM. Ricord, Hillairet, Gallard, mes autres maîtres dans les hôpitaux, d'agréer mes remercîments pour les savantes leçons et les bienveillants conseils que j'ai reçus d'eux.

Digitized by the Internet Archive
in 2014

https://archive.org/details/b21647410

DES

TUMEURS DE L'ORBITE

FORMÉES PAR DU SANG

EN COMMUNICATION AVEC LA CIRCULATION VEINEUSE

A

INTRA-CRANIENNE

INTRODUCTION

L'orbite est une des régions du corps humain où l'on peut observer toutes les variétés de lésions pathologiques : maladies de l'œil et leurs innombrables variétés; tumeurs de l'orbite qui présentent, dans un espace aussi limité, toutes les formes que nous retrouvons dans le reste du corps; tumeurs sanguines, anévrysmes de l'artère ophthalmique, abcès phlegmoneux et froids, exostoses des parois orbitaires, cancer de l'œil, tumeurs fibreuses et cancéreuses, polypes développés dans les cavités voisines et venant chasser au dehors le globe oculaire pour en remplir la place. Toutes ces lésions, fréquemment observées, ont été étudiées dans leur histoire avec une telle perfection, tant de recherches et de travaux se sont produits sur ce sujet, surtout dans ce siècle, qu'il semble presque impossible de glaner dans un champ tant de fois exploré déjà.

Les tumeurs formées par du sang en communication avec le sang des sinus de la dure-mère ont été décrites par mon frère le Dr Émile

Dupont, pour la voûte du crâne; nous venons aujourd'hui, dans notre thèse inaugurale, continuer l'œuvre commencée par lui, et établir l'existence de ces tumeurs dans la cavité orbitaire.

Après avoir fait connaître les faits qui servent de base à ce travail, et qui nous permettent de démontrer l'existence de ces tumeurs, nous ferons la description succincte de cette maladie, description qui ne peut être encore qu'une ébauche (les faits étudiés au point de vue où nous nous plaçons n'étant pas encore assez nombreux), mais qui aura peut-être son utilité pour ceux qui chercheront à donner à cette classe de tumeurs la place qu'elles méritent d'occuper dans le cadre nosologique.

Cette description nous offrira deux points difficiles, mais intéressants : 1° le diagnostic différenciel, 2° le traitement.

Dans le chapitre du diagnostic, nous aurons à nous demander si ces tumeurs, dont le sang communique avec celui des sinus de la dure-mère, peuvent et doivent être séparées des tumeurs érectiles veineuses de l'orbite : or, les cas de tumeurs érectiles veineuses qui ont été publiés manquent de détails suffisants pour établir nettement l'histoire de ces affections. On voit donc qu'ici les difficultés ne nous manqueront pas. Parviendrons-nous à jeter quelque clarté sur ce point difficile? Nous ne savons. La question scientifique des tumeurs sanguines de l'orbite sera-t-elle plus avancée? Qu'importe si, dans le chapitre du traitement, nous démontrons l'importance de connaître les tumeurs que nous décrivons, si nous prouvons que le praticien qui saura les reconnaître saura mieux qu'un autre instituer un traitement convenable, saura guérir son malade, ou tout au moins ne pas lui faire courir de graves dangers.

Nous serons suffisamment récompensé de nos efforts si nous pouvons établir quelque chose d'utile dans le traitement des tumeurs de l'orbite.

OPHTHALMOLOGICA LIBRA

OBSERVATIONS

OBSERVATION Ire.

Mackenzie (Traité pratique des maladies de l'œil, traduit par Warlomont et Testelin, t. I, p. 85[illegible], observation 261).

Le malade, qui était tonnelier, fut admis au Glascow Eye Infirmary, pour une ophthalmie catarrho-rhumatismale, affectant surtout l'œil droit. Lorsqu'il y fut depuis quelques jours, on découvrit que, lorsqu'il se penchait en avant, même seulement pour quelques minutes, il éprouvait une sensation, comme si quelque chose venait remplir ou comprimer le dessus de son œil droit, qui commençait immédiatement à faire hernie. Lorsqu'il relevait la tête, la saillie de l'œil était très-remarquable. Lorsque l'œil était ainsi déplacé, il n'y voyait qu'indistinctement. Cet organe commençait bientôt à se retirer, et au bout de quelques minutes il avait repris sa place ordinaire. Quand l'œil était en place, le malade le faisait mouvoir complétement à sa volonté, et il en était encore presque de même lorsqu'il était déplacé. Les mouvements de l'iris étaient naturels. Il se plaignait de ressentir dans l'orbite une douleur intense, qui fut soulagée par la saignée et les purgatifs mercuriels. Il raconta que le déplacement de son œil avait débuté cinq ans avant qu'il se présentât au Glascow Eye Infirmary, et qu'il s'était montré un jour où il avait porté un fardeau sur le dos. Il était difficile de trouver là une explication satisfaisante. — Il est probable que la hernie de l'œil dépendait d'un état variqueux des veines ophthalmiques, le sang refluant de ces vaisseaux dans les sinus de la dure-mère, quand la tête était relevée et rejetée en arrière, et repassant au contraire dans ces vaisseaux, sous l'influence de la pesanteur, quand la tête s'inclinait en avant. La tonicité des muscles était probablement aussi diminuée.

OBSERVATION II.

J.-B. Verduc (Pathologie de chirurgie, t. II, p. 44).

Toutefois, ce que j'ai encore vu de singulier est une autre chute de l'œil, où l'œil descendait de temps en temps jusqu'au milieu de la joue. Celui qui était incommodé de cette fâcheuse maladie était un jeune peintre qui vint un jour à l'assemblée de feu M. l'abbé de la Roque (auteur du *Journal des Savants*), pour consulter les médecins qui avaient coutume de se trouver à ses conférences.

Tous ceux qui se trouvèrent présents furent étrangement surpris de voir une

chose si extraordinaire, car, en moins d'une heure, l'œil descendit et rentra dans l'orbite plus de six fois. L'on ne trouvera peut-être rien de semblable dans toutes les observations de médecine et de chirurgie.

OBSERVATION III.

J.-A. Schmidth, cité par Himly. Ophthalmol. biblioth. vol. III, 1er cahier, p. 174. Iéna, 1805.

Exophthalmos dépendant d'une varice congénitale de la veine ophthalmique, et coïncidant avec l'acte de l'inspiration continue chez un nouveau-né.

Dans l'été de 1804, je fus appelé en consultation auprès d'un enfant âgé de 16 jours, dont l'œil était atteint d'une maladie fort étrange. En écartant les paupières pendant son sommeil, on apercevait vers l'angle externe de l'œil une petite tumeur veineuse, semblable à une mûre, qui ne faisait pas saillie au dehors. Si l'enfant, au moment du réveil, s'étendait ou s'étirait avec une inspiration un peu continue, ou s'il criait, on voyait sous ces paupières encore fermées l'œil s'avancer peu à peu en dehors de l'orbite, et en même temps les deux paupières se distendaient et devenaient d'un rouge bleuâtre. Si, à ce moment, on écartait les deux paupières l'une de l'autre, on voyait l'œil proéminer au dehors; de plus, entre le globe de l'œil et la paupière inférieure, devenait apparente une grosse varice d'un demi-pouce de longueur. Celle-ci offrait plusieurs varices de volumes différents, qui paraissaient se continuer dans la profondeur de l'orbite, au-dessous de la commissure externe des paupières. Quand, enfin, l'enfant était resté tranquille pendant un demi-quart d'heure, la varice disparaissait peu à peu, et simultanément avec elle l'exophthalmos, en sorte que l'œil gauche se trouvait au même niveau que l'œil droit.

Une chose curieuse était l'existence d'une fente (hiatus) qu'on sentait nettement sous le doigt, dans le point où l'apophyse sphéno-frontale se réunit à l'apophyse malaire du frontal au moyen d'une véritable suture, et qui se continuait avec la fente sphéno-maxillaire, en sorte qu'on pouvait dire qu'il s'était formé ici une fontanelle jugo-frontale. Le toucher ne faisait reconnaître cet hiatus que lorsque l'enfant était tranquille, et que l'œil droit était normalement rentré dans l'orbite. Mais, l'exophthalmos reparaissait-il avec la varice, la fente était remplie et probablement alors occupée par des tumeurs veineuses semblables.

On serait autorisé à soupçonner que ce phénomène, comme il vient d'être décrit, ait sa cause véritable dans un état variqueux, de formation congénitale, de plusieurs des veines qui se distribuent dans l'orbite, et que l'état variqueux

n'est pas borné seulement à quelques veines isolées, et principalement aux veines orbitaires se ramifiant au niveau de l'angle externe de cette cavité, mais ait plutôt occupé principalement la veine ophthalmique cérébrale, *seu* sinus veineux ophthalmique. Cette veine importante est probablement affectée, non-seulement dans son parcours en dehors et en bas, derrière le globe au-dessus du nerf optique, mais encore dans son trajet ascendant, jusqu'à son embouchure dans le sinus caverneux de la dure-mère, d'un état variqueux continu, état qui paraîtrait, à la vérité, augmenter ou diminuer suivant les circonstances, mais qui ne disparaîtrait jamais complétement. Ce qui peut justifier cette supposition, c'est l'existence constante de cette petite varice, visible à l'angle externe de la paupière inférieure, et aussi le fait que chaque acte respiratoire, dont l'effet est de ralentir généralement le retour du sang hors des sinus et des veines encéphaliques, s'accompagnait du retour de l'exophthalmie et de la varice longue d'un demi-pouce, et en même temps du fait que le hiatus entre l'apophyse sphéno-frontale et l'apophyse malaire du coronal se remplissait simultanément. Ce dernier phénomène rend en même temps probable que l'état variqueux s'étend même à l'anastomose de la veine lacrymale avec la veine ophthalmique faciale.

On ne peut pas, chez un enfant de cet âge, savoir si cet état, soit avec, soit sans l'exophthalmos, a pour effet d'altérer ou d'abolir la vision. Mais d'après la forme normale et non altérée du globe de l'œil, qui persistait, qu'il y eût ou non exophthalmos, je conclus: que les veines propres du globe de l'œil, aussi bien les ciliaires postérieures et longues que la veine centrale du globe oculaire, ne peuvent être comprises dans la sphère de l'état variqueux qui occupe la veine ophthalmique.

En finissant de rapporter ce cas, nous saisissons l'occasion de remercier M. le Dr Sichel de la bonté qu'il a eue de nous traduire cette observation, et l'accueil bienveillant que nous avons toujours reçu de lui.

OBSERVATION IV.

Observation de tumeur veineuse réductible de la paupière inférieure adressée à la Société par MM. les Drs A. Mazel et A. Boniface (d'Anduze). (Gazette des hôpitaux, 23 février 1861, p. 92 ; Société de Chirurgie : séance du 13 février.

Le nommé P. R., âgé de 14 ans, d'une bonne constitution, a reçu il a trois ans, à la partie inférieure et externe de l'œil, un coup de champignon de l'ordre des basiosporées, connu vulgairement sous le nom de *vesse de loup*. La douleur fut assez vive sur le moment ; mais aucune tuméfaction, aucune ecchymose, aucune

inflammation de l'œil et des parties environnantes n'étant survenues, rien n'attira l'attention du malade et de ses parents. Trois mois s'étaient écoulés depuis cette contusion, lorsque l'enfant sentit, en se baissant, que la paupière inférieure se gonflait peu à peu, jusqu'au point d'amener une sensation de tension et de gêne, sans aucune douleur, ni aucun trouble de la vision. La tuméfaction disparaissait peu à peu lorsqu'il reprenait la position verticale. Depuis cette époque la tumeur a augmenté de volume.

Examen du 15 *janvier* 1861. — L'enfant étant debout depuis un moment, nous examinons attentivement la région circumorbitaire droite, sans y découvrir rien d'anormal. Le globe de l'œil est sain, il ne fait pas saillie en avant, la vision est nette, la conjonctive palpébrale est légèrement injectée, mais il existe une injection semblable du côté opposé. La peau de la paupière inférieure a sa coloration normale, on n'y trouve aucune tumeur à la simple inspection.

Sur un ordre du père, l'enfant courbe la tête. Au bout d'une minute, il la redresse, et voici ce que nous constatons à notre grande surprise :

Aux deux tiers externes de la paupière inférieure droite existe une tumeur de la grosseur d'une amande, obliquement dirigée de haut en bas, et de dehors en dedans. La peau est visiblement distendue à ce niveau et présente une coloration violacée. L'ouverture palpébrale est diminuée, et le globe oculaire légèrement repoussé en dedans. Cette tumeur est molle, sans aucun battement, réductible presque instantanément par la pression ; d'une manière lente, par le seul fait du retour à la station verticale. Nous replaçons la tête de l'enfant dans une position déclive, et nous voyons la tumeur se former graduellement sous nos yeux. Au bout de trente secondes, la tuméfaction est appréciable ; elle s'accroît pendant une minute pour rester ensuite stationnaire.

Dans le décubitus dorsal, la tumeur se produit, mais elle n'atteint pas à beaucoup près les dimensions que nous avons indiquées. Dans le décubitus latéral droit, la tumeur devient globuleuse, et arrive à la grosseur d'une amande. Elle décroît sans disparaître lorsque le malade se place dans le décubitus latéral gauche, pour reprendre le volume qu'elle avait dans le décubitus dorsal.

Examen du 6 *février.* — L'état de l'enfant est le même, la tumeur se reproduit dans les mêmes circonstances que précédemment. Toutefois, nous remarquons que, dans la station verticale, la paupière est creusée d'une dépression au niveau où se produit la tumeur. Si, sur ce point, on exerce une pression assez profonde avec la pulpe de l'indicateur, on rencontre un vide dans lequel on refoule aisément la peau. Le godet ainsi creusé, sans douleur pour le patient, ne disparaît que d'une manière lente et incomplète. Remarquons que ce godet ne tient nullement à l'œdème des paupières, dont il n'existe aucune trace.

Passons maintenant à l'examen des diverses questions que ce cas soulève. Et d'abord, quelle est la nature de cette tumeur? Par quoi est-elle constituée? Elle se produit et disparaît à volonté; elle a une consistance molle, une coloration bleuâtre, rendue évidente par la quasi-transparence du voile membraneux qui la recouvre : elle est donc constituée par du sang? Elle n'est le siége d'aucun battement, d'aucun mouvement d'expansion ; ce sang est donc veineux? Elle est sans consistance et réductible spontanément, ce sang est donc fluide? Elle vient de se former sous nos yeux ; elle disparaît dès que nous relevons la tête du malade; donc ce sang vient de quitter le torrent circulatoire et y rentre aussitôt, car s'il n'y rentre pas, où passe-t-il? Dans cette dernière hypothèse, il est impossible d'expliquer ce que devient le sang qui forme la tumeur chaque fois qu'on la reproduit par la position donnée au malade.

Nous voilà conduits, par une sorte de déductions logiques, à admettre que cette tumeur est constituée par du sang veineux, fluide, récemment sorti du torrent circulatoire, dans lequel il rentre bientôt après.

Quelles sont les conditions anatomiques qui doivent exister pour que pareille chose puisse avoir lieu?

Il faut évidemment qu'il existe une solution de continuité d'une veine de cette région, et que le sang soit reçu dans une cavité, où il s'accumule pendant quelques instants, jusqu'à ce que la pression des doigts ou la force de la pesanteur l'obligent à rentrer dans le vaisseau d'où il est sorti. Pour rendre notre pensée, nous donnerons à cette maladie le nom d'*anévrysme veineux faux consécutif*. C'est un cas fort rare, sans doute, puisque les traités spéciaux n'en font aucune mention. Mais ce diagnostic, outre qu'il est presque obligé, nous permet seul de nous rendre un compte satisfaisant des particularités suivantes, si souvent mentionnées: apparition tardive de la tumeur, production à volonté lorsqu'on place la tête dans une position déclive, réduction par le retour à la station verticale.

Voici comment nous estimons que les choses ont pu se passer : bien que trois mois se soient écoulés entre le coup reçu et l'apparition de la tumeur, nous nous croyons autorisé à établir entre les deux faits un rapport de causalité intime Sous l'influence de ce traumatisme, il y a une rupture incomplète d'une veine (la sous-orbitaire, vraisemblablement). En raison de son faible calibre, la quantité de sang primitivement épanché a été peu considérable, et ce n'est que lentement qu'il a pu refouler devant lui le tissu cellulaire lâche de cette région qui lui faisait obstacle. Mais insensiblement, l'espèce de cavité ainsi creusée s'est agrandie jusqu'à ce que ses dimensions aient été supérieures à celles de la région qu'elle occupait.

Ainsi peut s'expliquer l'apparition tardive de la tumeur. La petite dépression

que nous avons constatée sur la paupière inférieure reconnaît sans doute pour cause l'absorption du tissu cellulaire sous-palpébral, et son tassement successif amené par l'ondée sanguine.

Quel traitement doit-on instituer en parelle occurrence ?

L'enfant est incommodé par cette tumeur qui se reproduit souvent, parce qu'en raison de ses occupations de manœuvre il est fréquemment obligé de se courber. Nous avons songé tout d'abord à la compression, et voici comment nous l'avons établie : une boulette de charpie grosse comme une noisette est placée sur le siége de la tumeur, un gâteau de charpie de forme ovale, assez épais pour combler le vide de la cavité orbitaire, le recouvre, et nous exerçons la compression à l'aide d'un baudage monocle. Nous conseillons, en outre, d'éviter la position horizontale pendant la nuit, en relevant autant que possible le trouc à l'aide de coussins; nous recommandons surtout d'éviter le décubitus latéral droit, qui est le décubitus ordinaire de l'enfant pendant le sommeil.

On pourrait peut être, après avoir provoqué l'apparition de la tumeur, injecter à l'aide de la seringue de Pravaz, quelques gouttes de perchlorure de fer, pour obtenir la coagulation du sang. Nous avons donné la préférence à la compression parce qu'elle nous a paru mieux appropriée et exempte de tout danger.

Qu'était devenue cette tumeur? Quelles en avaient été les suites? Cette question nous intéressait vivement. M. le Dr Mazel a bien voulu nous donner ces renseignements complémentaires dans une lettre qu'il nous a fait l'honneur de nous adresser le 24 juillet 1865.

« M. Serres (d'Alais) a opéré notre malade saus succès par une injection au perchlorure de fer. Pour nous, nous avions été détourné de recourir à ce moyen par M. Broca, par l'intermédiaire duquel notre observation avait été présenté à à la Société de chirurgie.

«Relativement à l'opératiou pratiquée par M. Serres et à ses effets immédiats, je ne puis vous fournir aucun détail; elle n'a pas réussi, voilà tout ce que je puis vous affirmer.

«La tumeur a conservé les mêmes caractères, elle se réduit par la station verticale, et se reproduit toutes les fois qu'on donne à la tête une position déclive. Le tissu cellulaire de la région a été résorbé peu à peu, et il en est résulté une dépression capable de loger une noisette quand la tumeur est réduite. Le volume est resté sensiblement le même. Il arrive de temps à autre que la tumeur cesse spontanément d'être réductible, et devient dure. Il semble qu'une subinflammation s'empare du sac, et oblitère, par la turgescence qu'elle produit dans ces tissus, le pertuis qui met la poche en communication avec la circulation géné-

rale. Ces phénomènes persistent un temps variable, après lequel la tumeur reprend son apparence et ses caractères primitifs. On pourrait profiter de ce moment pour tenter une injection de perchlorure de fer, puisqu'alors, si je ne m'abuse, la nature réalise la dernière condition dont nous parlait M. Broca, en oblitérant, du moins en partie, l'ouverture de communication de la tumeur avec la circulation cérébrale. Il en résulte pour le sujet un infirmité désagréable, mais qui n'a nullement troublé la fonction visuelle, et moins encore les fonctions intellectuelles. »

OBSERVATION V (du Dᵉ Foucher).

(Gazette des Hôpitaux, 2 décembre 1853).

Il s'agit d'une femme qui vint, le 17 juillet, se présenter à la consultation du Bureau central. Cette femme, dont la santé a toujours été excellente, porte depuis son enfance une hypertrophie assez considérable du corps thyroïde, mais dont elle ne s'est jamais préoccupée. La maladie pour laquelle elle vient consulter est survenue spontanément, il y a environ un an, et a augmenté insensiblement. C'est une tumeur occupant la partie interne du pourtour de la cavité orbitaire soulevant la paupière supérieure, dans l'espace compris entre le rebord orbitaire et le grand angle de l'œil du côté gauche. Pour apprécier les caractères de cette tumeur, il faut examiner la malade dans deux positions différentes :

1° Quand la malade a la tête droite, cette tumeur n'existe pas. La peau de la paupière n'est pas soulevée, et offre complétement son aspect normal. Le doigt, appliqué sur la région, ne perçoit aucun battement. Le pourtour de la cavité orbitaire n'est pas altéré, et en pénétrant avec le doigt aussi profondément que possible, on n'y sent aucune inégalité, aucune dépression anormale de l'os, ni aucune tumeur. En un mot, dans cette position, on ne trouve rien qui puisse faire soupçonner l'existence d'une lésion quelconque, et les régions orbito-palpébrales des deux côtés offrent complétement la même disposition.

2° Lorsque la malade penche la tête en avant, l'on voit immédiatement se produire une tumeur dans la région indiquée; cette tumeur, du volume d'une petite noix, soulève la peau de la moitié interne de la paupière supérieure, et s'avance sous la partie interne du sourcil. Elle est indolente, sans coloration anormale, mollasse, dépressible, fluctuante.

Les grands efforts d'expiration y déterminent un peu de tension et de gonflement; par contre, on remarque une légère diminution de volume lors des mouvements d'inspiration. La tumeur disparaît entièrement en quelques minutes, lorsque la tête est maintenue droite. Il n'existe aucun battement en rapport avec le mouvement circulatoire, ni aucun bruit anormal. La compression exercée

sur le rebord et sur la voûte orbitaire n'empêche nullement la tumeur de disparaître et de se reproduire dans les circonstances que nous venons d'indiquer.

Le globe oculaire, dont les milieux sont parfaitement transparents, est un peu gêné dans ses mouvements. Lorsque la tumeur a acquis son maximum de volume, la vision se fatigue vite, et se trouble quand la malade veut travailler; c'est même cette circonstance seule qui a engagé cette femme à venir consulter.

Cette malade est entrée à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. le professeur Nélaton, où son observation a été recueillie par M. le Dr Maurice Raynaud, qui l'a mise à notre disposition avec une bienveillance amicale dont nous le remercions cordialement.

Voici quel était l'état de la malade le 11 janvier 1859 : Lorsque la malade est droite, en l'observant attentivement, on remarque que la peau de la paupière supérieure du côté gauche est très-légèrement soulevée. Du reste le doigt ne perçoit aucun battement. En appuyant plus profondément, on ne perçoit aucune déformation des parois osseuses. Quand la malade veut faire voir sa tumeur, elle se penche un instant en avant; lorsqu'elle se relève, on voit une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, noirâtre, mollasse, fluctuante, dont la pression est un peu douloureuse. Elle met quatre minutes à disparaître dans la position verticale. Cette femme a de temps à autre de fausses sensations lumineuses, comme des fusées qui partiraient devant cet œil seul. La malade dit avoir eu ce symptôme il y a quatre ou cinq ans porté à un très-haut degré. Ces fusées paraissaient lorsqu'elle se baissait, et disparaissaient quand elle relevait la tête. Elle avait des bourdonnements continuels dans l'oreille gauche (par conséquent du côté malade). Tous ces phénomènes ont considérablement diminué.

La tumeur paraît lorsque la malade se met en colère, lorsqu'elle pleure.

Elle devient très-évidente lorsqu'on comprime les veines jugulaires internes, particulièrement celle du côté gauche. Pas de pulsations ni à la vue, ni au toucher. La compression du pourtour de l'orbite n'a aucune influence sur la production de la tumeur.

Cette femme a eu dans sa jeunesse des palpitations de cœur, elle dit qu'elle était chlorotique. Elle ajoute qu'on voyait battre les veines du cou.

Le 7 février, cette malade a été opérée par M. Nélaton qui, dans sa clinique du 9, donnait les détails suivants :

« La malade, qui a subi une injection de perchlorure de fer dans la dernière séance, dit avoir beaucoup souffert jusqu'à quatre heures du soir. Aujourd'hui nous trouvons une tuméfaction très-peu étendue du grand angle de l'œil. Au

toucher, on ne trouve pas de tumeur sous-cutanée, on en trouve une profondément située; c'est la tumeur de l'injection, car le trois-quarts a pénétré assez loin. Du reste, *aucun accident cérébral.* »

2 avril. La malade, qui était sortie de l'hôpital, est revenue; on sent encore un caillot ferme à la place de la tumeur. Le gonflement est moindre qu'autrefois, quand elle donne à la tête une position déclive. Elle peut se livrer à ses occupations.

Pour compléter ce résultat, M. le Dr M. Raynaud pratique, sous les yeux de M. Nélaton, une nouvelle injection au perchlorure de fer. La ponction est faite un peu en dehors de la première, et la canule dirigée de dehors en dedans à la profondeur de 2 centimètres. Six gouttes sont injectées. Pas plus cette fois que la première il ne s'est écoulé de sang par la canule. Inflammation générale du côté gauche de la face, et coloration jaune de l'orbite.

Le 11. La malade revient à la consultation en bon état.

11 mai. On sent encore à la partie interne et supérieure de l'orbite un petit noyau dur, très-bien circonscrit. En faisant pencher la tête en avant, on observe un gonflement très-médiocre, avec injection correspondante de la face et du front. Les maux de tête ont complétement disparu. Elle se plaignait auparavant d'un rhume de cerveau continuel qui n'existe plus.

Cette malade a été suivie par mon frère jusqu'en 1863; par lui j'ai eu les renseignements suivants : En septembre 1859, toute trace de cette tumeur était disparue, la malade ne ressentait plus de gêne dans la vision. La malade, en se baissant, ne sentait plus la tumeur se former, et les essais que nous avons faits pour la produire ont été infructueux. La guérison est complète et se maintient jusqu'au dernier jour où j'ai vu cette malade, c'est-à-dire le 15 mai 1863.

Nous avions pensé, d'après une citation faite dans une thèse, commencer notre travail par la preuve nécroscopique de l'existence d'une varice de la veine ophthalmique. Ce fait devait être consigné dans la clinique de M. Gendrin sur les maladies du cœur; mais, vérification faite, nous avons reconnu que cet état de dilatation de

la veine ophthalmique et de ses branches était causé par une phlébite de cette veine.

Cette démonstration anatomique nous fait donc défaut. Nous n'avons trouvé pour ces tumeurs de l'orbite qu'une seule manière de communiquer avec les sinus de la dure-mère, c'est par l'intermédiaire de la veine ophthalmique que cette communication a lieu. C'est donc une veine émissaire des sinus (3e variété rencontrée par le Dr Émile Dupont) qui fait communiquer le sang des tumeurs que nous décrivons, avec celui du sinus caverneux. Mais encore, il nous faut l'avouer, ce n'est que par les faits cliniques que nous l'établissons, privé que nous sommes de démonstration anatomo-pathologique.

SYMPTOMATOLOGIE.

I. — TUMEUR.

Dans les observations que nous venons de rapporter nous voyons, dans les cas où la tumeur est appréciable à la vue, qu'elle peut occuper un *siége* variable. Ainsi, nous la voyons se présenter vers l'angle externe de l'œil, entre le globe oculaire et la paupière inférieure dans l'obs. 3 ;

Aux deux tiers externes de la paupière inférieure droite, et obliquement dirigée de haut en bas, et de dehors en dedans (obs. 4) ;

A la partie interne du pourtour de la cavité orbitaire, soulevant la paupière supérieure dans l'espace compris entre le rebord orbitaire et le grand angle de l'œil du côté gauche (obs. 5).

Le *volume* de cette tumeur est en général peu considérable ; nous le voyons désigné par la grosseur d'une amande, le volume d'une petite noix, et dans l'obs. 3 c'est une grosse varice d'un demi-pouce de longueur dans la partie apparente de la tumeur.

Les *téguments*, si minces, si transparents au niveau des paupières,

OPHTHALMOLOGICAL SOCIETY LIBRARY

sont dans les conditions les plus favorables pour manifester par leur changement de coloration la présence du sang accumulé au-dessous d'eux. Quand la tumeur n'existe pas ils présentent leur coloration normale; quand, au contraire, le sang y afflue et les distend en manifestant la présence de la tumeur que la position ou qu'un effort vient de faire apparaître, on voit alors ces téguments distendus et présentant une coloration violacée ou d'un rouge bleuâtre (obs. 3 et 4); ils sont seulement soulevés et sans coloration anormale dans l'obs. 5.

II. — INFLUENCE DE LA POSITION DE LA TÊTE.

Nous aurons à distinguer deux positions qui produisent sur la tumeur deux effets diamétralement opposés :

1° *Le malade a la tête droite.* — Si l'on examine alors la région orbitaire, rien ne peut indiquer la présence d'une lésion quelconque, on n'y découvre rien d'anormal, on ne voit aucune différence entre les deux yeux; tous deux paraissent également sains, les paupières ont leur apparence et leur coloration normales, comme cela est noté dans les obs. 4 et 5.

2° *Le malade a la tête penchée en avant.* — Quelques instants après la production de ce mouvement, on voit se produire rapidement une tumeur qui distend les paupières, qui leur donne la coloration du sang veineux qui la distend (obs. 4 et 5).

Qu'indiquent ces variations de volume, de coloration se produisant rapidement, à volonté, sous l'influence de ces changements de position de la tête? Nous allons essayer de répondre à cette question : le sang de la veine ophthalmique et de ses branches afférentes, qui doit aller se déverser dans le sinus caverneux, doit être évidemment retardé dans son cours sous l'influence de la pesanteur dans la position déclive de la tête. Il s'accumule peu à peu, et rem-

plit rapidement la varice ou la tumeur anormale. Celle-ci devient alors facilement appréciable, lorsque précédemment il eût été impossible de la soupçonner. N'est-ce pas là une chose tout à fait semblable à celle qui se produit normalement, alors que dans la position renversée de la tête, la tête en bas suivant l'expression consacrée, ces veines orbitaires se gonflent? Ne voit-on pas se produire une saillie, une tension passagère du globe oculaire, une coloration violacée de tous les vaisseaux veineux qui vont se rendre à la veine ophthalmique, pour disparaître, pour ainsi dire, instantanément par le retour à la position verticale? C'est qu'alors la pesanteur agissant suivant la direction naturelle du cours du sang veineux dans le système veineux encéphalique, cervical et thoracique, accélère la marche du sang vers les cavités cardiaques. Ces phénomènes ne seront-ils pas d'autant plus prononcés, que ces veines de l'orbite auront subi, sous l'influence d'une cause pathogénique quelconque, une dilatation considérable?

III. — INFLUENCE DES MOUVEMENTS RESPIRATOIRES.

1° *Expiration, efforts, cris.* — L'expiration faisant revenir sur elle-même la cavité thoracique, vidant les poumons et de l'air qui s'échappe au dehors, et du sang qui revient vers le cœur, arrête momentanément le retour du sang veineux qui se fait vers la cavité thoracique. Le sang doit donc s'accumuler de proche en proche jusque vers les radicules veineuses, et produire la turgescence du système veineux. On conçoit, cependant, qu'à une distance si considérable du centre circulatoire, dans un vaisseau qui comme la veine ophthalmique est d'un calibre si faible par rapport aux canaux veineux qui se déchargent dans les jugulaires, l'influence de l'expiration normale se produise faiblement. Mais, qu'un effort d'expiration intervienne, que par la contraction du diaphragme un moment immobilisé par cet effort, la respiration s'arrête : le sang cessant à son tour d'être favorisé dans son retour vers les poumons, s'arrête dans

les artères pulmonaires, les cavités du cœur droit, la veine cave supérieure, et dans les affluents de celle-ci. Les sinus de la dure-mère ne peuvent se vider et la veine ophthalmique turgescente est remplie de sang veineux. Qu'elle soit variqueuse ou que des tumeurs veineuses se soient développées sur ses branches, le sang les remplira, et suivant leur volume chassera peu à peu le globe de l'œil, si ces tumeurs existent derrière lui. Si, comme dans l'obs. 5, la tumeur veineuse est en grande partie située au devant du globe de l'œil, sous la paupière, on verra cette tumeur grossir rapidement jusqu'au point de distendre la paupière jusqu'au volume d'une petite noix. Qu'elle siége, au contraire, derrière le globe de l'œil, occupant plus particulièrement la veine ophthalmique et le fond de la cavité orbitaire, alors se produira ce phénomène d'exophthalmos intermittent. Le sang s'accumule derrière l'œil, la cavité orbitaire ne peut céder nulle part, l'œil est chassé en avant, et l'exophthalmos se produit.

Nous rangeons dans les effets produits par l'expiration l'observation 3, quoiqu'on y lise le mot *inspiration continue*. Mais que peut signifier ce mot, si ce n'est effort, contraction durable du diaphragme, arrêt consécutif de la respiration et cessation de l'appel du sang vers la cavité thoracique? Ce qui nous le prouve, c'est qu'on y lit que les cris dans lesquels le diaphragme est violemment contracté produisaient un effet analogue.

2° *Inspiration*. Dans deux observations seulement sont notés les effets de l'inspiration. Dans l'une, on remarque une légère diminution de volume lors des mouvements d'inspiration (obs. 5); dans l'autre (obs. 3), il est dit que lorsque après les efforts d'inspiration continue (nous venons de dire comment nous entendions son action), l'enfant était resté tranquille pendant un demi-quart d'heure, la varice disparaissait peu à peu complétement, et avec l'exophthalmos, en sorte que l'œil affecté devenait absolument semblable à l'autre œil (obs. 3). Ces faits s'expliquent naturellement : dans l'in-

spiration, le sang est attiré dans la cavité thoracique par le vide qui s'y produit et dont l'influence se fait sentir de proche en proche, d'abord sur les veines jugulaires maintenues béantes par les aponévroses cervicales qui les engaînent et les empêchent de s'affaiser sous la pression atmosphérique. De là, le vide se fait dans les sinus de la dure-mère et tous leurs affluents, dont la veine ophthalmique intermédiaire entre les deux circulations intra et extra-crâniennes est un des plus remarquables. Nous comprenons donc que le sang contenu dans la tumeur pathologique subisse cette influence. Plus ou moins rapidement, suivant la forme et les dimensions de la dilatation variqueuse, il se déversera dans le sinus caverneux; et suivant la place qu'elle occupait, on verra la tumeur apparente à la vue s'affaisser et disparaître, l'exophthalmos, quand placée derrière le globe oculaire elle le chassait au dehors, diminuer peu à peu, et l'œil se réduire spontanément.

IV. — EXOPHTHALMOS.

L'exophthalmos nous présente, dans les cas ci-dessus rapportés, des allures bien distinctes de celles qu'on peut observer dans toutes les autres lésions qui le produisent.

Si l'enfant, en état de veille, lisons-nous dans l'observation 3, faisait quelque effort d'inspiration, ou s'il criait, on voyait, sous ses paupières encore fermées, l'œil s'avancer peu à peu au dehors. Si, à ce moment, on écartait les paupières l'une de l'autre, on voyait l'œil proéminer au dehors... Quand l'enfant était resté tranquille pendant un demi-quart d'heure, la varice disparue, l'exophthalmos disparaissait aussi. Dans l'observation 1re, lorsque le malade se penche en avant, l'œil commence immédiatement à faire hernie; lorsqu'il relève la tête, la saillie de l'œil est très-remarquable. Cet œil commence bientôt à se retirer et au bout de quelques minutes a repris sa place ordinaire. Dans l'observation 2, l'œil descendait de temps en temps jusqu'au milieu de la joue. En moins d'une heure, il descendit et

rentra dans l'orbite plus de six fois. — Dans une autre observation (*Salmuth.* cent. II, hist. 42.) citée par M. Velpeau, on parle d'une épileptique dont l'œil sortait de la grosseur du poing, et rentrait quand le paroxysme était fini.

Dans ces faits il nous semble impossible de ne pas attribuer la cause de l'exophthalmos à une tumeur veineuse réductible située derrière le globe de l'œil. La preuve anatomique nous manque à coup sûr, mais nos suppositions sont, nous le croyons, parfaitement justifiables: cet exophthalmos se produit à volonté, lentement, dans les positions déclives de la tête; il se réduit spontanément dans les positions inverses, et le retour successif de ces mêmes attitudes le rappelle aussi souvent que lui. Les efforts, les cris, les inspirations continues, la congestion veineuse oculaire produite par un accès d'épilepsie, telles en sont les causes productrices, tandis que le repos, la respiration tranquille le font disparaître rapidement. Dans tous les exophthalmos décrits par les auteurs, rien de semblable: la marche en est lente, incessante, continue dans bien des cas, mais jamais on ne le voit disparaître et se reproduire à des intervalles aussi rapprochés et sous l'influence de causes semblables. C'est, évidemment, que dans nos cas il doit exister quelque lésion de l'orbite, à volume variable, compressible, réductible rapidement, et laissant alors l'œil reprendre la place dont il venait d'être chassé. Aucune supposition, hors celle de tumeur veineuse, ne peut, à notre avis, rendre compte de faits rentrant si peu dans les descriptions d'exophthalmos connus jusqu'ici.

V. — INFLUENCE DE LA COMPRESSION DES VEINES JUGULAIRES.

Le cas de M. Foucher (obs. 5) est le seul qui ait été étudié au point de vue de ce symptôme, et cela lorsque la malade était dans les salles de M. le professeur Nélaton. Comme on l'a vu dans cette observation, continuée par le Dr Maurice Raynaud, la compression des jugulaires a été faite par M. Nélaton qui connaissait l'importance de

ce signe, d'après les résultats qu'il en avait obtenus dans le diagnostic d'une tumeur veineuse communiquant avec le sinus longitudinal supérieur, siégeant sur la voûte du crâne et consignée dans la thèse de mon frère le Dr Émile Dupont. Cette compression a donné les résultats que l'anatomie et la physiologie devaient faire supposer : elle a fait apparaître la tumeur. On la reproduisait en faisant la compression des jugulaires des deux côtés et surtout de la jugulaire gauche (c'est-à-dire du côté correspondant à la tumeur). Or on a vu que la compression des téguments autour de l'orbite n'amenait aucun changement dans la tumeur ; donc la tumeur n'était pas formée par du sang dépendant de la circulation veineuse tégumentaire ou extérieure du crâne. La compression des jugulaires venant détourner la saillie de la tumeur, amenant sa turgescence, il fallait donc admettre que le sang qu'elle contenait appartenait à la circulation profonde de l'orbite, à l'ophthalmique ou à ses branches, et par conséquent reconnaître son intimité avec la circulation veineuse intra-crânienne.

Cet acte a donc sur cette tumeur une grande puissance, et en vérité, on serait bien tenté de lui accorder le rôle capital dans le diagnostic de semblables tumeurs. Mais disons de suite que telle n'est pas notre pensée. Nous croyons que les signes fournis par la compression des jugulaires sur les tumeurs de la tête sont encore trop inconnus, n'ont pas encore assez été recherchés, pour admettre qu'ils puissent être la caractéristique de cette affection. Nous croyons, au contraire, que ce signe doit être mis à l'étude, et que ce n'est que d'après l'observation attentive qu'on en fera, qu'on pourra connaître sa valeur réelle dans le diagnostic de ces diverses tumeurs. Aussi, avec ces idées qui concordent avec celles de mon frère sur les tumeurs veineuses de la voûte du crâne, verra-t-on que dans le diagnostic différentiel de ces tumeurs avec les tumeurs érectiles veineuses de l'orbite, nous admettons, sans que rien nous le prouve, que le volume de ces tumeurs érectiles est influencé par la compression des veines jugulaires.

VI. — INFLUENCE SUR LA VISION ET SUR LES MOUVEMENTS DE L'OEIL.

On a pu voir, d'après les quelques indications qui se trouvent dans les observations, que sous l'influence de ces tumeurs veineuses la vue est peu impressionnée. Cependant nous trouvons que, dans l'observation 5, la vue se fatigue vite et se trouble quand la malade veut travailler, seule circonstance qui a engagé cette femme à venir consulter. Dans l'observation 4, il n'y avait aucune douleur ni aucun trouble de la vision. Il en était de même quatre ans après le début de la maladie. Dans l'observation 3, il était impossible, chez un enfant nouveau-né, de juger des troubles de la vue. Dans l'observation première, lorsque l'œil était déplacé, le malade n'y voyait qu'indistinctement; lorsqu'il était en place, il le faisait mouvoir complétement à sa volonté, et il en était encore presque de même lorsqu'il était déplacé. Les mouvements de l'iris étaient normaux.

Il paraît résulter des citations qui précèdent, que sous l'influence de ces tumeurs veineuses la vision est peu impressionnée. Dans quelques cas, il semble qu'elle soit passagèrement troublée, alors que la tumeur ou l'exophthalmos ont leur maximum de développement; mais ce n'est pas un symptôme nécessaire et constant. La distension intermittente et peu durable des veines de l'orbite semble n'agir que faiblement sur les fonctions de la rétine. On conçoit cependant que dans les positions déclives où la tumeur se développe au maximum, la réplétion des veines choroïdiennes puisse produire une congestion sous-rétinienne et amener ou de la fatigue ou des troubles de la vision. Mais cette congestion est si courte que la structure de la rétine n'en subit pas une modification considérable et que ses fonctions peuvent ensuite s'exécuter normalement. Cependant il est à craindre que l'action trop souvent répétée des mouvements et des efforts qui reproduisent la saillie oculaire, détermine

à la longue quelque infiltration sous-rétinienne soit séreuse, soit sanguine; que même une rupture puisse se produire dans les veines choroïdiennes et amener un trouble des fonctions de la rétine. Le trouble ne sera que passager s'il n'y a qu'une infiltration séreuse; mais il sera permanent si une apoplexie vient désorganiser une partie de cette membrane sentante et la rendre insensible à son excitant naturel. Toutefois, répétons que dans le cas de M. Mazel rien de semblable ne s'est produit au bout de quatre ans, et que la vue s'est conservée parfaite.

ÉTIOLOGIE.

Nous n'avons trouvé que bien peu de faits qui puissent nous éclairer sur les causes qui président au développement de ces tumeurs : on voit débuter le mal un jour que le malade avait porté un poids considérable sur son dos (obs. 1). Dans un autre cas, c'est un coup reçu sur l'œil y déterminant une contusion, et trois mois après, le malade s'aperçoit de l'existence d'une tumeur dans la région orbitaire. Dans le Salmuth, c'est un accès d'épilepsie qui amène l'apparition de l'exophthalmos, et celui-ci disparaît avec l'accès.

Ce coup, la congestion veineuse produite par un effort, par un accès d'épilepsie, ne pourraient-ils pas avoir produit une rupture de la veine ophthalmique? Ne serait-ce pas, dans ces circonstances, par une rupture veineuse que se serait formée une poche vasculaire communiquant avec la veine, poche dans laquelle le sang formerait une sorte d'anévrysme veineux?

MARCHE ET PRONOSTIC.

Cette sorte de tumeur ne semble pas présenter de péril imminent pour la vie des malades. Dans la plupart des cas sa marche est lente; il ne se fait que peu ou pas de progrès dans le volume de la tumeur, pas plus que dans la gêne causée à l'œil, sauf quelques cas où la vision se fatigue un peu. Mais l'apparition fréquente, soit de la tumeur, soit de l'exophthalmos, constitue une difformité du visage. Une opération seule peut en débarrasser les malades, et ses suites, quoique bénignes comme dans l'observation 5 opérée à deux reprises par M. le professeur Nélaton et le Dr Maurice Raynaud, pourraient cependant devenir plus graves. Une phlébite pourrait peut-être survenir, d'où pyémie et tous ses accidents, ou bien encore la coagulation sanguine ne pas se limiter à la veine ophthalmique et à la tumeur, car il est de toute impossibilité d'arrêter par une compression le cours du sang dans le vaisseau. Des caillots pourraient se produire jusque dans le sinus caverneux : il est facile de concevoir le trouble qu'une pareille lésion jetterait infailliblement dans la circulation cérébrale et les conséquences funestes d'une pareille congestion du cerveau.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Nous ne nous arrêterons pas à discuter le diagnostic avec les abcès de la cavité orbitaire, les kystes séreux et hydatiques. Ces maladies ont des signes spéciaux qui les différencieront toujours facilement des tumeurs qui nous occupent. Mais il n'en est pas de même pour les *tumeurs érectiles veineuses* de l'orbite; en effet, ces tumeurs auraient d'après les auteurs tous les symptômes généraux des tumeurs érectiles, quelle que soit la région du corps qui les

porte, mais en plus un signe spécial, celui de grossir quand le malade baisse la tête. Or il est évident que ce signe si net, et que tout d'abord on aurait pu croire être le signe distinctif des tumeurs sanguines à communication avec les sinus de la dure-mère, n'est plus le fait caractéristique de cette maladie ; le diagnostic différentiel de ces deux tumeurs présentera donc de grandes difficultés.

Suivons ici la division qui se présente d'elle-même, et distinguons deux cas : celui où il y a exophthalmos et celui où la tumeur apparaît sur les côtés du globe oculaire. Avant d'aller plus loin, disons que, pour nous, une tumeur érectile est une tumeur qui conserve toujours un certain volume, une certaine consistance, et qui même, lorsque par la position donnée la quantité de sang qui s'y trouve contenue est notablement diminuée, révélera toujours sa présence sous le doigt du chirurgien.

Premier cas. *Il y a exophthalmos sans tumeur apparente à la vue.* — Un exophthalmos pareil à celui que nous voyons dans les observations que nous avons citées est un exophthalmos tellement spécial qu'il est bien difficile de le confondre avec les autres. Cet exophthalmos se produit à volonté par la position donnée à la tête du malade, et disparaît aussi à volonté. Ce phénomène étrange ne peut être produit que par deux maladies (du moins, nous ne voyons pas d'autre hypothèse possible), ou bien c'est par un dilatation variqueuse de la veine ophthalmique, ou bien c'est par une tumeur érectile logée au fond de l'orbite.

S'il y a varice de la veine ophthalmique, l'exophthalmos se produira plus rapidement par la position de la tête, et en faisant relever la tête du malade, l'œil rentrera plus vite dans l'orbite que dans le cas de tumeur érectile. Mais ajoutons que la compression des veines jugulaires pourrait peut-être établir plus nettement le diagnostic. Nous pensons que cette compression devrait déterminer l'exophthalmos dans le cas de varice de la veine ophthalmique très-

rapidement; elle devrait faire sortir l'œil de l'orbite à la volonté du chirurgien; si la compression a lieu, l'exophthalmos se produit; la compression cessant, il disparaît à son tour.

Les signes fournis par la compression des veines jugulaires peuvent être mis en doute, et en tout cas peuvent toujours être attribués aussi à une tumeur érectile. Sans rejeter cette hypothèse, nous pensons que ces signes seront en ce cas moins nets et moins tranchés; l'exophthalmos ne se produira pas à la volonté de la main qui comprimera les jugulaires.

Ainsi donc, par le temps plus ou moins long qu'il faut pour produire la saillie de l'œil, un chirurgien attentif pourra toujours reconnaître une varice de la veine ophthalmique et avoir, sinon une certitude, du moins une très-grande probabilité de l'exostème de cette lésion.

SECOND CAS. *Pas d'exophthalmos, mais tumeur apparaissant à l'exterieur.* — Ce que nous venons de dire est applicable à ce second cas. La rapidité de la réduction et de la reproduction de la tumeur, et les signes fournis par la compression des veines jugulaires, sont deux moyens pour distinguer ces tumeurs des tumeurs érectiles veineuses. Il y en a un troisième, c'est l'exploration de la tumeur :

La tête du malade étant placée verticalement, la réduction sera obtenue, et l'exploration donnera les signes différentiels suivants : Dans le cas de *tumeur érectile*, la peau a par transparence une couleur légèrement bleuâtre; des veinules sont plus ou moins apparentes dans la peau des sourcils ou la région temporo-frontale, ou bien sous la conjonctive oculo-palpébrale; on apercevra ces dernières en écartant les paupières. En outre, le doigt trouvera une tumeur de consistance mollasse, à limites plus ou moins accessibles, suivant qu'elle sera plus superficiellement ou plus profondément placée dans l'orbite.

Tandis que, pour la tumeur communiquant avec les sinus de la

dure-mère, la peau aura sa couleur normale, elle n'aura de coloration bleuâtre ou violacée que quand la poche sera distendue par le sang contenu en elle. Il n'y aura pas de veinules apparentes sur les téguments voisins, et le doigt ne rencontrera pas de tissu représentant la tumeur, mais bien un vide, un hiatus, une dépression, comme il est dit dans les observations citées.

Nous ne parlerons pas des cas intermédiaires, où il y aurait exophthalmos et tumeur apparente à l'extérieur; il suffit de réunir les signes que nous avons trouvés dans les deux hypothèses que nous venons d'examiner.

Nous croyons que nous avons montré la possibilité de ce diagnostic différentiel, et nous ajoutons qu'on doit le faire. En effet, l'existence des tumeurs veineuses communiquant avec le sinus caverneux et la veine ophthalmique étant démontrée, si les tumeurs érectiles veineuses de l'orbite ne peuvent être clairement distinguées d'elles, que fera le chirurgien contre une tumeur veineuse de l'orbite? S'il pense à la communication avec les sinus de la dure-mère, il n'osera pas toucher à cette tumeur, car tous les accidents terribles décrits par Tonnelé et produits par un caillot dans les sinus ou par leur phlébite vont assaillir son esprit et arrêter sa main. Mais, s'il croit que cette communication avec les sinus n'existe pas, et s'il se le démontre par des signes certains, sa hardiesse lui reviendra et il osera attaquer la tumeur, en débarrasser le malade et obtenir un succès, comme en ont obtenu d'autres avant lui. Allan Burns, MM. Carron du Villards, Viguerie et Dieulafoy, ont obtenu des guérisons par l'extirpation; Wardrop par la ligature des carotides primitives; Chélius a conseillé l'ouverture de la tumeur variqueuse de l'orbite pour la mettre en état d'irritation et de suppuration et obtenir son oblitération. M. Velpeau aurait obtenu un succès par l'acupuncture et la dilacération des mailles d'une tumeur érectile.

Comme on le voit, il est donc très-utile de ne pas se priver des moyens de guérison qui ont été employés. Nous ne venons pas non plus, par la description de ces nouvelles tumeurs, empêcher l'inter-

vention du chirurgien, au contraire, nous voulons qu'il intervienne, mais qu'il ne fasse pas un choix quelconque parmi les nombreux moyens employés pour la guérison des tumeurs érectiles, et qu'il applique ce moyen à traiter une tumeur sanguine à communication avec les sinus de la dure-mère.

TRAITEMENT.

Comme nous venons de le dire, nous repoussons l'extirpation, la cautérisation, l'acupuncture, qui ont pu être employées avec succès dans les tumeurs érectiles veineuses. Il y aurait trop à redouter, selon nous, soit des hémorrhagies inquiétantes, soit bien plutôt de la phlébite de la veine ophthalmique et des sinus. Faudra-t-il donc s'abstenir et employer un traitement purement palliatif, qui ne pourra avoir aucune influence sur la guérison de cette maladie? Mais le malade affecté de cette difformité ou dont la vue s'affaiblit peut vouloir être débarrassé de son mal. Un seul traitement nous paraît applicable, c'est l'injection de perchlorure de fer. Nous avons pu voir que M. Nélaton n'a pas hésité à y recourir à deux reprises différentes, et qu'un succès complet en a été la conséquence.

Il est évident que, dans les cas d'exophthalmos intermittent que nous avons cités, alors que la tumeur veineuse qui en est la cause probable n'apparaît nullement au dehors, toute opération, quelle qu'elle soit, est impraticable. L'incertitude sur le siége de la varice probable, sur son volume, sur la profondeur à laquelle il faudrait pénétrer en enfonçant le trocart, devrait nécessairement arrêter tout opérateur circonspect.

OPHTHALMOLOG LIBR

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MEDICALES

Physique. — Électricité atmosphérique; lésions produites par la foudre. Paratonnerre.

Chimie. — Des oxydes d'étain, de bismuth, d'antimoine; leur préparation. Caractères distinctifs de leur dissolution.

Pharmacologie. — De la glycérine considérée comme dissolvant; caractères de la pureté des glycérolés. Comment on les prépare.

Histoire naturelle. — Des hirudinées; leurs caractères généraux, leurs classifications; des sangsues. Décrire les diverses espèces d'hirudiculture.

Anatomie et histologie normales. — Des articulations du pied.

Physiologie. — De la déglutition.

Pathologie interne. — Des accidents qui se rattachent à la dentition.

Pathologie externe. — Du glaucome aigu.

Pathologie générale. — De l'intermittence dans les maladies.

1865. — Dupont. 5.

Anatomie et histologie pathologiques. — De l'hypertrophie du cœur.

Accouchements. — De la rupture prématurée des membranes.

Thérapeutique. — Des indications de la médication vomitive.

Médecine opératoire. — De la valeur des amputations de Chopart, de Syme, de Pirogoff, sous-astragalienne et sus-malléolaire, sous le rapport de l'utilité consécutive du membre.

Médecine légale. — Est-il indispensable pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement que la substance toxique ait été isolée?

Hygiène. — Des bains.

Vu, bon à imprimer.

NELATON, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.